Zur

Kenntniss der Cysto-Myome des Uterus.

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doctorwürde

in der

Medicin, Chirurgie und Geburtshilfe

unter dem Präsidium des Herrn Professor

Dr. Bollinger,

o. ö. Professor der pathol. Anatomie, Conservator des pathol. anatom. Institutes zu München etc.

der hohen medicinischen Facultät zu München

vorgelegt von

Clemens Grosskopff,

approb. Arzt

aus Vlotho in Westfalen.

MÜNCHEN

Buchdruckerei der »Bayerischen Landeszeitung«

1884.

Zur

Kenntniss der Cysto-Myome des Uterus.

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doctorwürde

in der

Medicin, Chirurgie und Geburtshilfe

unter dem Präsidium des Herrn Professor

Dr. Bollinger,

o. ö. Professor der pathol. Anatomie, Conservator des pathol. anatom. Institutes zu München etc.

der hohen medicinischen Facultät zu München

vorgelegt von

Clemens Grosskopff,

approb. Arzt

aus Vlotho in Westfalen.

MÜNCHEN

Buchdruckerei der »Bayerischen Landeszeitung«

1884.

Seinen theuren Eltern

in Dankbarkeit gewidmet

vom Verfasser.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41554606_0068

Das häufigste Schicksal der Uterusmyome ist Stillstand ihres Wachsthums, der nach kürzerer oder längerer Zeit, häufig nach dem Aufhören der menses eintritt, und womit sich sogar in selteneren Fällen Verschwinden des Myoms durch Verfettung und Resorption verbinden kann; auch durch Verkalkung und Verkreidung können diese Geschwülste stationär werden. Seltener ist der Verlauf der, dass die Uterusmyome zu kolossalen Tumoren weiter wachsen, indem sie entweder durch Zellwucherung in Myosarcome sich umwandeln, oder es in denselben durch verschiedene, meist durch Ernährungsstörungen bedingte Prozesse zur Bildung von Hohlräumen, sogenannten Cysten kommt. Diese Art von Tumoren, die Cystomyome (fibrocystic tumors, tumeurs fibrocystiques) haben für den Kliniker in therapeutischer und diagnostischer Beziehung ein hohes praktisches Interesse, weil sie vermöge ihres Sitzes und Flüssigkeitsgehaltes in sehr vielen Fällen für Ovarialcystome gehalten, und demgemäss behandelt werden.

Unsere Kenntniss über die pathologische Histogenese aller der Tumoren, die klinisch unter dem Sammelnamen „Cystomyome" zusammengefasst werden, ist noch so lückenhaft, dass wir noch nicht entscheiden können, ob und nach welchen Gesichtspunkten hier verschiedene Formen in Beziehung auf die Pathogenese aufzustellen sind. Deshalb ist die spezielle Beschreibung jedes einzelnen Falles von Cystomyom, deren Zahl ja im Verhältniss zu den übrigen Uterusmyomen ohnehin eine geringe zu nennen ist, wünschenswerth und von besonderem Interesse. Gern folgte ich daher der Anregung des Herrn Privatdozenten Dr. Richard

Frommel, einen von ihm mit glücklichen Erfolge operirten Fall von Cystomyom zum Gegenstand einer Abhandlung zu machen. Ich benütze die Gelegenheit, Herrn Dr. Frommel für das überlassene Material zu dieser Arbeit und bereitwillige gütige Unterstützung meinen aufrichtigen Dank auszusprechen.

Krankengeschichte des von Herrn Dr. Fr. operirten Falles von Cystomyom:

C. H., 40 Jahre alt, aus Wolfratshausen, war mit 19 Jahren zum ersten Male menstruirt, regelmässig, ohne Schmerzen. Die letzte Menstruation war vor einem Jahre. Patientin hat nie geboren. Dieselbe bemerkt seit 11 Jahren eine Zunahme ihres Leibes, die stetig fortschreitet und jetzt einen sehr hohen Grad erreicht hat. Da in letzter Zeit in Folge der kolossalen Auftreibung des Leibes insbesondere Athembeschwerden und anhaltende Obstipation auftraten, welche sie verhinderten, ihrer Thätigkeit als Bauernmagd nachzugehen, suchte sie am 18. IX. 83 ärztliche Hilfe im gynäckologischen Ambulatorium des Herrn Dr. Frommel nach.

Status praesens vom 18. IX. 83.

Enorme Auftreibung des ganzen Leibes durch einen sehr prallen, überall ausserordentlich deutlich fluktuirenden Tumor. In der Bauchwand verlaufen zahlreiche stark gespannte und erweiterte Venen, und ist die Bauchhaut, insbesondere in den abhängigen Stellen gegen die Symphyse zu stark ödematös geschwellt. Im ganzen Bereich des Abdomens findet sich leerer Perkussionsschall, nur nach oben gegen den Schwertfortsatz hin und in den seitlichen Partien der Epigastrien lässt sich Darmschall nachweisen. Der Umfang in der Nabelgegend beträgt 115 cm., der Abstand von der Symphyse bis zum Schwertfortsatz 57 cm.

Bei der innern Untersuchung gelingt es nicht, mit einer Museux'schen Hakenzange den Uterus, welcher damit an der Portio gefasst wurde, herabzuziehen. Ebenso ist bei der enormen Ausdehnung des Leibes die kombinirte Untersuchung nicht mög-

lich; es lässt sich nur nachweisen, dass die Sonde in den kleinen virginellen Uterus $5^1/_2$ cm. eindringt, und soweit eine Abtastung desselben vom Bectum aus überhaupt möglich ist, scheint es, als ob an der linken Kante ein breiter dicker Strang (Stiel?) abginge. Demnach wird die Diagnose auf einen wahrscheinlich vom linken Ovarium ausgehenden cystösen Tumor gestellt, die Möglichkeit eines vom Fundus uteri ausgehenden Myoms offen gelassen.

Operation 19. IX. 83.

Narkose. Der Bauchschnitt wurde in der linea alba von der Symphyse bis handbreit über den Nabel gemacht. Nach Eröffnung des Peritoneums fliesst eine mässige Menge ascitischer Flüssigkeit ab. Es zeigt sich nun, dass der ganze kolossale Tumor an seiner vorderen Fläche von dem Netz vollständig bis zur Symphyse herab bedeckt und mit demselben innig verwachsen ist. Vom Netz aus führen kolossale, zum Theil über Rabenfederkiel dicke Gefässe in die Wand des Tumor. Das Netz wird vom Beginn der Verwachsungen an mit 7 Ligaturen streckenweise unterbunden und abgetragen, ohne dass Blutung erfolgt. Es wird dadurch überhaupt der weitaus grösste Theil des Netzes mit resecirt.

Der Tumor wird mit dem Messer geöffnet und entleert grosse Mengen einer dunkelrothen stark blutigen Flüssigkeit, in welcher, wie sich nachher herausstellte, coagulirte Blutbestandtheile sich befinden. Die Flüssigkeit selbst war nicht spontan gerinnbar. Nachdem derart der Tumor collabirt war, lässt er sich durch die Bauchwunde entwickeln, wobei noch einige flächenhafte Adhäsionen mit dem Darm getrennt werden müssen. Nun zeigte sich, dass der Tumor nicht von einem Ovarium ausgeht, sondern vom Fundus uteri. Beide Ovarien liegen in der Höhe des Beckeneinganges dem Tumor seitlich an. Die linken Anhänge des Uterus gehen auf den Tumor über, während die rechten frei von der Uteruskante zum seitlichen Beckenrand verlaufen. Dabei fand sich nun, dass offenbar der Uterus selbst von links nach rechts um seine Achse gedreht war; denn das linke Ovarium lag nach

vorn und rechts, das rechte nach links und hinten. Dadurch dürfte auch erklärt werden, warum die Sonde sich nur $5^1/_2$ cm. in die Uterushöhle einführen liess.

Nachdem die Torsion wieder ausgeglichen worden war, wird nun das l. ligamentum latum in der Weise abgebunden, dass das Ovarium zurückbleibt; dann wird durch drei neben einander gelegte Ligaturen der dünne Uterus in seiner obern Partie abgebunden, und zwar schräg von links unten nach rechts oben, so dass die rechtsseitigen Anhänge intakt an der Uteruskante zurückbleiben. Darauf wird über den Ligatur der Uterus selbst keilförmig excidirt. Die Vereinigung des Uterus-Stumpfes wird nach der Schroeder'schen Methode durch eine Reihe von Näthen vollzogen, welche das Uterusparenchym vereinigt, und darüber in 2ter Etage das Peritoneum sorgfältig mit kleinen Näthen vernäht. Beide Etagen erfordern eine grosse Anzahl Näthe, etwa fünfzig. Eine geringe Nachblutung aus dem Stumpfe lässt sich leicht durch Umstechungsnäthe beseitigen. Die Uterushöhle war vor der Vereinigung des Stumpfes mit 10 % Carbollösung desinficirt worden. Darauf wurde die Bauchhöhle gereinigt, und die Bauchwunde durch tiefgreifende und oberflächliche Näthe geschlossen. Dauer der Operation zwei Stunden.

Der Verlauf war der denkbar günstigste, absolut fieber- und reaktionslos. Am 10. Tage wurden die Näthe der Bauchwunde entfernt. Es war noch eine kleine oberflächlich klaffende, granulirende Stelle vorhanden, welche mit Jodoform behandelt wurde und bis zur Entlassung am 11. November vollständig geheilt war.

Beschreibung des Präparates*), nachdem dasselbe seit 19. IX. 83 bis 3. II. 84 in Spiritus aufbewahrt wurde. Wir haben an demselben drei Hauptabschnitte zu unterscheiden:

1. den mit dem Tumor herausgenommenen Uterus-Abschnitt.
2. die von demselben ausgehende solide Geschwulst,
3. einen unmittelbar an dieselbe sich anschliessenden häutigen Sack.

*) Einlauf-Journal Nr. 69 1884 des Patholog. Instituts.

An dem kleinen Stück des anscheinend nicht vergrösserten Uterus ist noch ein Rest seiner Höhle von 1 cm. Länge zu sondiren, sonst an demselben nichts Bemerkenswerthes.

Nunmehr geht der Uterus in einen grössern soliden Tumor über, dessen Gewebe makroskopisch von faseriger Struktur ist und eine unverkennbare Aehnlichkeit mit dem Uterus-Gewebe hat; die Consistenz ist derb elastisch, an einigen Stellen etwas weicher, schneidet sich ziemlich schwer und ist nicht besonders gefässreich. Dieser solide Tumor, welcher gleichsam die Basis des häutigen Sackes bildet und aus demselben annähernd in einem Kreissegmente herausgeschnitten werden kann, misst in seinen grössten Durchmessern — die Maasse genommen bis an die äussersten Grenzen, wo der Tumor in den häutigen Sack übergeht — 15 und 20 cm. An der Stelle, wo der Tumor in den Uterus übergeht, hat die Geschwulstmasse die grösste Dicke von mindestens 5—6 cm.; dieselbe nimmt nun, zur Peripherie fortschreitend, an Dicke allmählig ab und geht so in einen mehr membranösen Sack über. Der Sack hat eine beträchtliche Ausdehnung, kann gewiss 10,000 bis 15,000 Cbctm. Flüssigkeit fassen. Seine Wanddicke beträgt etwa 2—3 mm., jedoch ist dieselbe nicht überall gleichmässig. Er fühlt sich fest elastisch an, und setzt an Stellen, wo er nicht in seiner Continuität unterbrochen ist, Zerreissungsversuchen beträchtlichen Widerstand entgegen. Seine äussere Oberfläche ist im Allgemeinen glatt und von weissgrauer Farbe. An seiner vordern Fläche zeigt der Sack bemerkenswerthe Annexe; die zahlreich mit demselben verwachsenen Membranen von maschig-lockerem Gewebe, durchzogen von zahlreichen Gefässen von beträchtlichem Kaliber, sind offenbar abgetragene Netzstücke. Theils sind diese Theile locker, theils fester mit dem Tumor verwachsen. Die Gefässe gehen mit zahlreichen Zweigen in die Wand des Tumors über, was sich deutlich präparatorisch nachweisen lässt. Die Innenfläche von höckerig-unebener, rauher Beschaffenheit ist mit grauröthlichen lockeren fibrinartigen Massen bedeckt, die theilweise leichte Verlöthungen mit der Oberfläche zeigen.

Die ganze Höhle des Sackes gewinnt eine gewisse Aehnlichkeit mit einer Pleurahöhle nach einer fibrinösen Entzündung. An einer ca. 5 cm. im Durchmesser haltenden Stelle in der rechten seitlichen Wand ist dieselbe beträchtlich verdickt, fühlt sich hier lederartig hart an. Die Stelle ist gelbbraun verfärbt und zeigt eine unebene gerippte Oberfläche. Die fibrinartigen Auflagerungen sind hier besonders stark und fest verwachsen. Noch an einer andern Stelle ist die Wand ähnlich verändert und durch Auflagerungen von fest verwachsenen zu einer Membran verfilzten fibrinartigen Massen verdickt. Wie wir aus der Beschreibung der Operation wissen, enthielt der Sack gewaltige Massen von Blutgerinnseln, die jetzigen sich vorfindenden lockern Fibrinmassen sind offenbar Reste derselben. Theilweise scheint aber auch eine Organisation von Fibringerinnseln stattgefunden zu haben.

Mikroskopische Untersuchung.

Die Untersuchung der festen Theile der Geschwulst an verschiedenen Stellen ergibt, dass es sich um ein Myofibrom handelt, wobei an einzelnen Stellen die bindegewebigen Massen quantitativ gegenüber den glatten Muskelfasern praevaliren; derartige mehr fibrinöse Stellen sind schon makroskopisch durch ihre geringere Consistenz und grössern Saftreichthum gekennzeichnet. Was die Innenfläche des Cystenrand betrifft, die schon makroskopisch durch ihre unebene und höckerige Beschaffenheit es unwahrscheinlich erscheinen lässt, dass auf derselben eine intakte Endothellage zu finden sei, so ergab die mikroskopische Analyse in dieser Richtung ein durchaus negatives Resultat. Es findet sich ein feinkörniger fettiger Detritus und einzelne Cholesterin-Tafeln, offenbar alles Reste von umgewandeltem Fibrin und Blut; jedoch keine Spur von charakteristischen Endothelien. Dieses negative Resultat spricht durchaus nicht gegen die Entstehung der Cyste aus erweiterten Lymphräumen, da in Folge des langen Bestandes des Neoplasmas und der sekundären Veränderungen der stattgehabten Blutungen die vorherige Endothel-Lage zweifellos zerfallen und verschwinden musste.

Anschliessend an diesen Fall gebe ich zunächst eine Zusammenstellung der Fälle, welche ich für die Zeit von 1874—1882 incl. in der Literatur aufgefunden habe, indem ich dieselben, so weit sie mir zugänglich waren, in ihren Hauptzügen mittheile. Im Jahre 1874 ist eine Dissertation von O. Heer in Zürich erschienen, worin derselbe aus der gesammten Literatur 70 Fälle gesammelt hat. Dieses Verzeichniss hat, soweit ich beurtheilen kann, Anspruch auf Vollständigkeit. Daher glaube ich, berechtigt zu sein, um Wiederholungen zu vermeiden, erst mit dem Jahre 1874 zu beginnen.

Literatur	Bericht über die Krankengeschichte und den Untersuchungsbefund
1. Spiegelberg: Archiv für Gynaekologie VI. 3. 1874.	Eine 28jährige, seit 6 Jahren verheirathete Frau, d 2mal geboren und 1mal abortirt hatte, bemerkt seit zw Jahren eine Zunahme ihres Leibes und einen Knoten der linken Unterbauchgegend, der verschieblich und druc empfindlich war. Es wurde folgender Befund aufgenomme Grösster Leibesumfang 98 cm., obere Grenze d Tumors 12 cm. über dem Nabel. Der Uterus ist vo zu fühlen und kaum verändert, nur steht der Muttermu auffallend hoch und ist die Scheide nach links ausgezoge Ein Segment des hintern Scheidegewölbes ist nach abwär gedrängt und nimmt an den Bewegungen des Tumo Antheil. Keine Gefässgeräusche zu auscultiren. D Funktionen, auch die menses, sind in Ordnung. Haup beschwerden haben sich mit der schnellen Zunahme d Geschwulst entwickelt. Oedeme, mechanische Beschwe den, rasche Abmagerung und das Gefühl schnellen Nach lasses aller Kräfte.
2. Bixby Holmes Boston med. and. surg. Jour. 1874 August 6.	Eine 48jährige Frau, die seit dem 15. Jahre rege mässig und normal menstruirt hatte, bemerkte seit dr Jahren einen hühnereigrossen Tumor im Abdomen, d innerhalb dieser Zeit zur Grösse eines Uterus gravid men VI—VII anwuchs. Die Geschwulst mit glatter Oberfläch hatte bei Bewegungen einen unverkennbaren Einfluss a die im Uterus liegende Sonde. Es wurde 2mal die Pun tion des Tumors gemacht; bei der ersten Punktion wur eine spontan gerinnende Flüssigkeit von gelber Farbe en leert. Das 2te mal drei Pinten reines Blut, wobei stark Collaps erfolgte, wovon sich jedoch die Kranke wied erholte. Patientin verstarb unoperirt innerhalb 3 Monat

Diagnose	Operation und Befund bei derselben	Cysteninhalt und pathologisch-anatom. Beschreibung
Ovarial-Cystom d. l. Ovariums, obwohl der hohe Stand der port. vag. den Verdacht erregt, dass der Tumor dem Uterus angehört.	Neues Operations-Verfahren: Ausschälung eines intraparietalen, peripher gewucherten, breibasigen Myoms mit Nath der Basis von der Bauchhöhle aus. Exitus letalis am 16. Tage. Es zeigte sich, dass der Tumor vom Uterus ausging, breitstielig auf der ganzen hintern Wand aufsass, eingeschlossen vom ligam. lat. Adhäsionen zeigte der Tumor nicht.	Der Cysteninhalt war von trüb-rothgelblicher Farbe und spontan gerinnbar; ca. 5000 ccm. wurden aufgefangen. Die path.-anat. Diagnose lautet: Myoma sarcoma cysticum uteri teleangiectodes. Wir haben nicht einen einzelnen Hohlraum, sondern viele, theils grosse, theils kleinere, so dass die ganze Geschwulstmasse eine Art Schwammgerüst bildet.
Cysto fibroma uteri.	Keine.	Spontan gerinnende Flüssigkeit von gelber Farbe und in einer Cyste ein Blutklumpen. Der Tumor lag rechts und stand mit der rechten hintern Kante des Uterus in Verbindung, sich zwischen die Blätter des r. ligam. lat. nach aus- und aufwärts erstreckend. Rechte Tuba und Ovarium waren nicht aufzufinden. Der Tumor wog 9 Pfund, hatte zahlreiche Cysten, keine Adhäsionen mit Bauch-Organen.

Literatur	Bericht über die Krankengeschichte und den Untersuchungsbefund.
3. Cheever, Boston med. and. surg. Journ. 1874 Dezbr. 31.	Eine 37 Jahre alte Patientin bemerkte seit längerer Zeit im Abdomen einen Tumor, welcher beständig wuchs, aber keine bedeutenden Schmerzen verursachte. Vorn war Dämpfung bei Percussion, in den Flanken jedoch sonorer Schall, der Muttermund des Uterus klafft, und letzterer ist ziemlich beweglich; die Höhle des Uterus misst $4^3/_4$ Zoll.
4. Trenholme Lancet 1874 Novbr. 14.	Von einer 34jährigen Patientin wurde seit September 1870 ein Tumor bemerkt, der langsam, aber beständig wuchs, sich schliesslich aber sehr rapid vergrösserte. Patientin hatte an mehrmals sich wiederholende Menorrhagien zu leiden, seit mehreren Monaten an übelriechendem Ausfluss, Fieber und Schüttelfrost, sonst waren die subjectiven Beschwerden nicht erheblich. Die Ausdehnung des Leibes beträgt 41 Zoll über den Nabel gemessen; der das Abdomen anfüllende Tumor fühlt sich derb an und ist frei beweglich. Um den Nabel herum, wo sich der Tumor zarter anfühlt, an der höchsten Stelle, ist Fluktuationsgefühl. Der Uterus steht so hoch, dass der Muttermund nicht zu erreichen ist. Beide Ovarien sind zu sondiren. Die ganze Vagina ist lang ausgezogen.
5. Keith, Lancet 1875 Fol. I. pag. 676.	Eine Geschwulst, die schnell bis zur Höhe des Nabels emporstieg und deutlich das Vorhandensein einer Cyste erkennen liess, wurde schon längere Zeit an einem 52jährigen Fräulein bemerkt. Es wurde die Ovariotomie beschlossen.

Diagnose	Operation und Befund bei derselben	Cysteninhalt und pathologisch-anatom. Beschreibung
Gestielter Ovarial-Tumor	Nach der Laparatomie fand man, dass der Tumor vom Uterus ausging, es wurde daher die amputatio uteri supravaginalis gemacht; extraperitoneale Stielbehandlung. Tod am 4. Tage. Adhäsionen des Tumors mit Nachbarorganen hatten die Operation nicht complicirt.	Cystofibroma uteri.
Fibrocystöser Tumor, der von der hintern und l. seitlichen Gegend des Uterus ausgeht.	Amputatio uteri supravaginalis mit Herausnahme der Annexe des Uterus; extraperitoneale Stielbehandlung. Die Operation war durch sehr starke Adhäsionen, namentlich in der Tiefe erschwert. Heilung.	Die Geschwulst wiegt 16 Pfund und wird die Diagnose bestätigt. Von der Uterushöhle gelangt man mit dem Katheter in eine Fistelöffnung und durch dieselbe in eine Cyste, die mit Eiter angefüllt ist; dieses erklärt den übelriechenden Ausfluss, Fieber und Schüttelfrost in den letzten Monaten.
Ovarien-Cystom.	Saparatomie z. Zwecke der Exstirpation des erkrankten Ovariums. Erst nach der Punktion der Cyste erkannte man, dass der Tumor von der hintern l. Kante des Uterus ausging. Es wurde daher die Amputatio uteri supravaginalis und extraperitoneale Stielbehandlung ausgeführt. Genesung.	Der Tumor wog 11 Pfund, weitere Beschreibung fehlt.

Literatur	Bericht über die Krankengeschichte und den Untersuchungsbefund.
6. Keith. l. id.	Der Fall betrifft eine 44jährige Patientin. Ein cystischer Tumor, der bis zum Nabel reichte und unbeweglich war, füllte das grosse Becken. Der Cervix ging unmittelbar in den Tumor über. Innerhalb zwei Monaten war das Wachsthum ein ganz bedeutendes. Bei einer Probepunktion wurde eine rothbraune Flüssigkeit, über deren Natur nichts Näheres angegeben wird, entleert. Es folgen der Probepunktion entzündliche Erscheinungen und Ascites.
7. Keith. l. i.	Hier wird über ein Cystofibrom berichtet, das sich bei einer 40jährigen Patientin fand und sich durch sehr schnelles Wachsthum auszeichnete. Nähere Mittheilungen fehlen.
8. Leopold und Fehling, Archiv für Gynaekologie VII 1875 pag. 531.	Eine 37jährige Frau, die fast stets an Mennorrhagien und dysmenorrhoischen Beschwerden zu leiden hatte, lag vor 4 Jahren 18 Wochen an einer Entzündung im Unterleibe, wobei Eiter abging, darnieder; es wurde damals zuerst ein Tumor an der Gebärmutter entdeckt. Seit einigen Monaten bemerkt Patientin rapide Zunahme des Leibes, was besonders während 7 Wochen, wo gleichzeitig die Menstruation cessirte, auffallend war. In dem ausgedehnten Leib wurde ein ovoider Tumur palpirt, der bis zum Thoraxrand reicht, und stellenweise Fluctuation erkennen lässt. Portio vaginalis stark in die Breite gedehnt, fast verstrichen; das vordere Scheidegewölbe ist durch einen Tumor, der sich an die vordere Muttermundslippe ansetzt, stark herabgedrängt; es ist Fluctuationsgefühl vorhanden; stellenweise härtere Höcker zu fühlen. Der Uterus lässt sich nicht abtasten. Die Uterussonde dringt ca. 8 cm. weit in den Tumor selber ein. Es wurden von der Scheide aus durch Punktion ca. 1500 Cbcm. gelber Flüssigkeit entleert, die spontan gerann. Es erfolgte hierauf exitus letalis durch Septicaemie.

Diagnose	Operation und Befund bei derselben	Cysteninhalt und pathologisch-anatom. Beschreibung
Cystofibroma uteri.	Amputatio uteri supravaginalis mit extraperitonealer Stielbehandlung. Der Tumor hatte starke Adhärenzen mit der Bauchwand u. den Eingeweiden. Heilung nach 6 Wochen.	Keine Angaben vorhanden.
Cystofibroma uteri.	Amputatio uteri supravaginalis mit extraperitonealer Stielbehandlung. Entfernung beider Ovarien. Genesung.	
Cystofibroma uteri.		Spontan gerinnende Flüssigkeit von gelber Farbe mit folgender chem. Analyse: alkal. Reakt., spez. Gew. 1025 Wasser 93,1 % Feste Stoffe 6,9 % Salze 0,7 % Eiweiss 6,0 % Fett 0,04 % Fibrin 0,1 % Der Tumor ist von der vordern Fläche des Uterus ausgegangen, und hat einen Umfang von 47 cm. Die linke Hälfte besteht aus derbem Gewebe, während rechts sich eine unregelmässige Höhle befindet. Leopold weist Endothel nach und kommt zur Aufstellung einer besonderen Form von Cystofibrom: „Cystofibroma lymphangiectodes.“

Literatur	Bericht über die Krankengeschichte und den Untersuchungsbefund
9. Rein, Archiv f. Gynaekologie. IX. 1876.	Patientin, 42 Jahre alt, regelmässig und norma menstruirt, hat in steriler Ehe gelebt. Seit 9 Jahren wurde ein Tumor bemerkt, der schon vor 5 Jahren die Grösse eines Uterus am Ende der Gravidität erreichte Seit dieser Zeit hatte die Kranke Menorrhagien bis kurze Zeit vor der Operation und andere schwere Symptome Einmal wurde bei einer Paracentese blutige Flüssigkei entleert. Man kann von den Bauchdecken aus einen Tumor durchfühlen, der deutliche Conturen und in der Gegend des Nabels einen etwa faustgrossen fluktuirenden Hüge hat. Der Leibesumfang betrug 110 cm. Die Portio vagin. steht so hoch, dass sie kaum für den Finger erreichbar ist; orific. uteri offen, Uterushöhle ergibt 9 cm die Conturen des Uterus sind wegen seiner hohen Stellung nicht zu bestimmen.
10. Krassowsky, Petersburger med. Wochenschrift 1876 Nro. 27.	Eine 39jährige, stark menstruirte Wittwe hatte einen die Bauchhöhle ausfüllenden fluktuirenden Tumor. Während der Krankheitsdauer, die 4 Jahre betrug, machte die Patientin mehrere Attaquen von Entzündungen der Unterleibsorgane durch. Der Tumor war in starkem Wachsthum begriffen und namentlich während eines Monates war das Wachsthum besonders auffallend; und damit traten auch hochgradige subjektive Beschwerden auf. Der deutlich fluktuirende Tumor war beweglich, der vorhandene Ascites nahm ab und zu, letzteres während der Menstruation. Durch eine Punktion mit dem Dieulafoy'schen Aspirator wurden 35 Cbctm. einer an Farbe schwarzem Kaffee ähnlichen Flüssigkeit entleert. Der Tumor erreichte bald wieder seinen früheren Umfang starke subjektive Beschwerden indiciren die Laparatomie

Diagnose	Operation und Befund bei derselben	Cysteninhalt und pathologisch-anatom. Beschreibung
Dickwandige multiloculäre Cyste mit dickem colloidem Inhalt; der Tumor hängt eng mit dem Uterus zusammen.	Laparatomie und supravaginale Hysterotomie mit Hilfe des Ecraseurs. Adhäsionen wurden nicht gefunden. Extraperitoneale Stielbehandlung; Tod nach 26 Stunden.	Es wurden ca. 25 Pfund einer blutähnlichen Flüssigkeit entleert, die spontan gerann. Ausser der einen grössern Cyste liessen sich in der soliden Geschwulstmasse Hohlräume von verschiedener Gestalt und Grösse nachweisen. In allen kleineren Hohlräumen liess sich Endothel nachweisen, nicht in den grösseren. Die Hohlräume waren als ausgedehnte Lymphräume aufzufassen, daher die path.-anatom. Diagnose: „Fibromyoma lymphangiectodes.“
Cystofibroma uteri, geringe Adhäsionen trotz der durchgemachten Unterleibsentzündungen.	Hysterotomia supravaginalis, extraperitoneale Stielbehandlung. Genesung. Die Operation war erschwert durch zahlreiche Adhärenzen mit den Bauchwandungen, Netz, Mesenterium, Darm und Harnblase.	Der Haupttheil der Geschwulst stellte nach Entleerung von 36 Pfund dunkler zähklebriger Flüssigkeit einen mannskopfgrossen Hohlraum mit dicken Wänden dar, der Tumor hatte gewissermassen den supravaginalen Theil des Uterus als Stiel.

Literatur	Bericht über die Krankengeschichte und den Untersuchungsbefund
11. Krassowsky, Petersburg l. id.	Eine 38jährige Frau, die regelmässig und normal menstruirt war, mit Ausnahme der letzten 6 Monate, wo die Regel profus und schmerzhauft wurde, einen Abort und eine Geburt durchmachte, bemerkte seit 15 Jahren eine faustgrosse Geschwulst in der l. Unterbauchgegend; der Tumor war schmerzlos, blieb 1 Jahr unverändert um dann langsam bis 1876 zu wachsen, wo der Leib den Umfang einer Hochschwangern hatte. Subjektive Beschwerden waren nicht bedeutend. Die linke Kante des Uterus war stark ausgezogen; uterus in Retroversion; an der Bewegung der deutlich cystösen Geschwulst nimmt derselbe nicht Theil.
12. Kimball, Boston med. and surg. Journal 1876 Juli 13.	Eine 37jähr., bisher gesunde Frau wird seit 2 Jahren durch eine links im Abdomen sitzende Geschwulst beunruhigt. Dieselbe ist schmerzlos auf Palpation. Vagina normal; uterus etwas gesenkt, nicht besonders beweglich, leicht antivertirt. Die Sonde lässt sich nicht einführen. Bei einer Punktion, die gut verlief, wurden $15^1/_2$ Quart einer gelben serösen Flüssigkeit entleert.
13. Kocher, Correspondenzblatt für schweizerische Aerzte.	Bei einem 36jährigen Fräulein, deren Leib innerhalb eines Jahres an Umfang bedeutend zugenommen hatte, stellte der behandelnde Arzt die Diagnose auf Ovarial-Cystom. Menses waren stets regelmässig und normal. Eine Geschwulst des in der Unterbauchgegend stark vorgewölbten Abdomens reicht bis 1 Querfinger über den Nabel, ist genau umgrenzbar, nach der Seite und oben verschieblich. Der Tumor von gleichmässig kugeliger Gestalt ist prall elastisch und fluktuirend. Der Uterus ist klein; die Bewegungen des Tumor und uterus stehen in Abhängigkeitsverhältniss. Man glaubt die Rückfläche des Uterus abtasten zu können; das rechte Ovarium ist zu fühlen, einen Stiel an der Geschwulst kann man nicht wahrnehmen.

Diagnose	Operation und Befund bei derselben	Cysteninhalt und pathologisch-anatom. Beschreibung
Gestielte Cyste d. l. Ovariums; Uterus in Retroversions-Stellung.	Aus der beabsichtigten Ovariotomie wurde eine Hysterotomia uteri supravaginalis mit extraperitonealer Stielbehandlung, als man erkannte, dass der Tumor seine Wurzel an der l. Kante des uterus hatte. Adhäsionen fanden sich nicht. Beide Ovarien cystös degenerirt. Genesung.	Der Cysteninhalt war von strohgelber, durchsichtiger Farbe und betrug 2970 Gr.
Ovarialtumor mit fibröser Entartung.	Laparatomie; nachdem erkannt wird, dass der Tumor vom uterus ausgeht, Amputatio uteri mit einem Theil der Scheide und den Eierstöcken. Genesung nach 5 Wochen.	Der Tumor enthielt 20 Pfund strohgelber Flüssigkeit; die solide Masse wog 5 Pfund. Beide Ovarien enthalten kleine Cysten.
Cystoma ovarii sinistri.	Die Ovarien erweisen sich als gesund; daher supravaginale Abtragung des Uterus mit Hilfe des Ecraseurs; extraperitoneale Stielbehandlung. Genesung nach 6 Wochen. Die Operation war durch zahlreiche Adhäsionen complicirt.	Es fand sich eine blutige Flüssigkeit. Es ging der Tumor vom fundus uteri, von dem er sich durch eine leichte Furche abschliesst, aus. Prof. Langhues erklärte den Tumor für ein Fibroma uteri oedematosum.

Literatur	Bericht über die Krankengeschichte und den Untersuchungsbefund
14. Roth, l. id.	Einer 44jährigen Patientin fiel seit 2 Jahren eine Vergrösserung ihres Leibes auf. Dieselbe bekam akute peritonitische Affectionen, welche den Tod herbeiführten.
15. Duguet Gazette des hôspitaux 1877 p. 146.	Bei einer 42 Jahre alten Frau wurde schon früher ein Uterusfibroid diagnosticirt. Der Leib nahm seit 1 bis 2 Monaten gewaltig zu, womit sich grosse subjektive Beschwerden verbanden. Ausdehnung des Leibes einer gravid. mens. VIII. Funktionen normal. Es wurden mehrere resistente auf Druck schmerzlose Tumoren neben einem grösseren fluctuirenden festgestellt. Es stellte sich trotz ruhiger Lage Thrombose der linken Schenkelvene nebst nachfolgender Embolie in den Lungenarterien mit exitus letalis ein. Beiläufig sei erwähnt, dass Duguet noch einen 2ten Fall beobachtete, wo Thrombose einer Schenkelvene in Folge von Compression der Iliaca communis durch ein Fibroid eintrat; auch hier erfolgte exitus letalis.
16. Tomkins Lancet 1878 11. Mai pag. 683.	Der Fall betrifft eine 38jährige regelmässig und normal menstruirte Frau, die zwei Aborte durchmachte, aber kein Kind austrug. Schon vor Jahren war bei ihr ein Uterusfibroid; schmerzhaft auf Druck und mit undeutlicher Fluctuation diagnosticirt worden. Patientin wurde 2mal in längeren Zwischenräumen punktirt und dabei sero purulente Flüssigkeit in grösserer Quantität erhalten. Bei einer dritten Punktion erhielt man keine Flüssigkeit. 8. November 1877 wurde folgendes konstatirt: Von den Bauchdecken aus palpirte man eine deutliche Fluctuation im Umkreise von 4 cm. Der Rest des Tumor schien solid, reichte bis 2 Zoll ober dem Nabel, wo der Umfang des Leibes 38 Zoll betrug. Uterus vergrössert, cervix verstrichen. Ohne Erfolg werden Versuche gemacht, aus der rechten Seite Flüssigkeit zu erhalten, obgleich deren Anwesenheit sicher stand. Damit bricht die Mittheilung ab.

Diagnose	Operation und Befund bei derselben	Cysteninhalt und pathologisch-anatom. Beschreibung
Fibromyoma uteri, ohne dass die cystöse Veränderung diagnosticirt worden wäre.	Keine.	Der Inhalt der Cyste war von blutähnlicher Beschaffenheit mit Cruorklumpen. Die Peritonitis war durch eine Verdrehung des Tumor und hiedurch erfolgte Ernährungsstörung herbeigeführt.
	Keine.	
Cysto fibroma uteri.		Bei der Section zeigte der Tumor leichte Adhäsionen, war aber nicht zu entwickeln. Die soliden Geschwulstmassen stehen mit der Cyste in unmittelbarer Verbindung. Der Cysteninhalt, 4500 gr., ist von orangegelber Farbe, durchsichtig. Auf der Innenfläche sind Fibrinniederschläge, die mit der Wand innig zusammenhängen. Der Tumor ging von der l. hintern Fläche des uterus aus. Die Wand der Cyste hat eine Dicke von 5—6 mm., nimmt zum Stiel hin allmählig ab. Stiel 5 bis 6 cm. Umfang.
Wahrscheinlichkeits-Diagnose: Fibroid des uterus mit Cysten, welche in Superation übergegangen sind.		

Literatur	Bericht über die Krankengeschichte und den Untersuchungsbefund
17. Tomkins l. id.	Von einer 59jährigen Frau, regelmässig menstruirt, wurde vor 3 Jahren eine anfangs langsam, dann aber seit 6 Monaten rapid zunehmende Schwellung des Abdomens bemerkt. Leibesumfang 38 Zoll in der Nabelgegend. Im Bereiche des Tumors Dämpfung. Auf der linken Seite der Tumor solid, links fluctuirend. Per vaginam wurde eine harte feste Masse an der hintern Wand des Uterus sondirt. Auf der linken Seite wurden durch Punktion 6 Pinten fahlgrüner Flüssigkeit entleert; es sammelte sich auf dem Boden des Gefässes eine sparsame Menge Eiter an; darauf wurde ein deutlich harter Tumor gefühlt bis an den Nabel reichend und ins Becken hinabsteigend.
18. C. Schuler, „Ein Beitrag zu den Fibrocysten des uterus.“ Inaugural-Dissertation. Tübingen 1878.	Eine 48jährige Frau, welche stets regelmässig und normal menstruirt war, litt innerhalb der Zeit von 1873—1875 mehrmals an starker Anschwellung des Abdomen mit Erscheinungen von Harnverhaltung, die aber stets durch ärztliche Hilfe beseitigt worden sein sollen. Schliesslich gelang das nicht mehr, und wurde nunmehr in dem wie am Ende der Schwangerschaft ausgedehnten Leib ein prall elastischer Tumor, der keine Fluktuation zeigte, palpirt. Diesem grossen Tumor sitzt r. von der linea alba in der Mitte zwischen Nabel und Symphyse ein harter ovoider kleiner Tumor auf, der sich mit Hilfe der vaginalen Exploration als der stark nach oben dislocirte uterus erweist. Im hintern Scheidengewölbe ist ein Segment zu fühlen, das deutlich Fluctuation darbietet. Scheide stark ausgezogen, portio sehr hoch stehend, in den angegebenen kleinen Tumor übergehend, fast verstrichen. Nach 8tägigem Aufenthalt in der Klinik wurde bei der Patientin durch eine Punktion von der Scheide aus eine spontan gerinnende gelbe Flüssigkeit entleert, worauf innerhalb 6 Wochen unter Fiebererscheinungen, Schmerzhaftwerden der Geschwulst und Abfluss eines stinkenden Eiters aus dem Tumor exitus letalis eintrat.

Diagnose	Operation und Befund bei derselben	Cysteninhalt und pathologisch-anatom. Beschreibung
Autor lässt die Frage offen, ob es sich um ein Fibroid mit grosser Cyste oder um ein Fibroid mit daneben sitzender Ovarial-Cyste gehandelt habe.	Keine.	Keine.
Aus der ausführlichen Krankengeschichte ist nicht herauszulesen, worauf die Diagnose gestellt wurde.	Keine.	Bei der Punktion entleerte man spontan gerinnende Flüssigkeit von gelblicher Farbe. Bei der Section fand sich eitriger Inhalt. Von der hintern Fläche des uterus geht ein kindskopfgrosser solider Tumor in eine rundliche Cyste über, deren Wandung gegen die Kuppe hin dünner wird. Der Tumor hat hinten und im kleinen Becken sehr feste Verwachsungen. Nach dem mikroskopischen Befunde wird die Geschwulst aufgefasst als ein ursprüngliches Myom, indem die Cyste durch Erweichung nach dem Vorgange Virchow's durch fettigen Zerfall der Gewebselemente entstanden sei. Jedoch sei die Möglichkeit nicht ausgeschlossen, dass die Cyste durch Ausdehnung v. Lymphräumen entstanden sei.

Literatur	Bericht über die Krankengeschichte und den Untersuchungsbefund.
19. Southam Lancet 1878 Juli 13.	Bei einer bis vor 9 Monaten regelmässig menstruirten Frau, die seit 2 Jahren eine Vergrösserung des Abdomens bemerkte, konnte man einen grossen, gleichmässig runden, auf der r. Seite soliden, auf der l. Seite Fluctuation darbietenden Tumor palpiren. Per vaginam wurde ein solider Tumor und mit der Sonde eine vergrösserte Uterushöhle gefunden. Zweimal wurde punktirt und das erste Mal 6, zweite Mal 19 Pinten grünlichen Serums mit wenig Eiter entleert. Es liess sich dann ein Tumor, der die r. Seite des Abdomens einnahm, bis über den Nabel reichte und in das Becken hinabstieg, palpiren.
20. Decaneau, Gazette des hôspitaux 1879, p. 121.	Eine 40jährige Frau, seit 2 Jahren in der Menopause, bemerkt seit 15 Jahren einen Tumor, der erst langsam grösser wurde, dann durch rapides Wachsthum der Patientin selbst den Wunsch einer Operation nahe legte. Es wurde durch Punktion eine beträchtliche Quantität sanguinolenter Flüssigkeit entleert. Das Abdomen hatte eine Ausdehnung, wie am Ende der Schwangerschaft. Der bewegliche Tumor theilte seine Bewegung dem cervix uteri mit.
21. Wasseige, Bulletin, de l'académie Royal de médicine de Belgique 1880. Troisième série.	Eine 35jähr. Gravida war schon vor vier Jahren auf einen Tumor tief im Becken und in der l. Seite aufmerksam. Menstruation war regelmässig, cessirte seit Oktober 1879. Seitdem wuchs der Tumor rapid, und machte seit 2 Monaten grosse Beschwerden. Seit 1878 hat Patientin mehrmals das Krankheitsbild circumscripter Peritonitis dargeboten. Bei der ersten Untersuchung 12. März 1880 besonders heftige Schmerzen im Leib mit starken Exacerbationen, Dyspnoe, Orthopnoe, Erbrechen. Es wurde ein Tumor gefunden, der den Nabel überragte, rechte und linke Seite einnimmt, aber mehr die linke. Er bot die Resistenz eines Fibroids. Nur an einer Stelle war die Resistenz geringer. Fluctuation wurde nicht konstatirt. Bei der vaginalen Untersuchung wurde zweifellose Schwangerschaft diagnosticirt und Ausgang des Tumors vom Uterus.

Diagnose	Operation und Befund bei derselben	Cysteninhalt und pathologisch-anatom. Beschreibung
Cystofibroma uteri.	Da die Diagnose zwischen Uterusfibroid mit Cyste oder Ovarien-Cystom oder cystoid entartetes Ovarium am Uterus-Tumor schwankte, wurde eine Probeincession wie zur Ovariotomie gemacht und damit der Ausgang des Tumors vom Uterus festgestellt. Die Incission heilte. Nach 3 Wochen wurde wiederum punktirt und dabei 45 Pinten eitriger Flüssigkeit entleert. Günstiger Verlauf.	Theils seröse, theils purulente Flüssigkeit.
Eine gestellte Diagnose wird nicht erwähnt.	Da es sich zeigte, dass der Tumor dem Uterus breitstielig aufsass, wurde die amputatio uteri supravaginalis mit Hilfe des Ecraseurs gemacht. Extraperitoneale Stielbehandlung. Heilung nach sechs Wochen. Der Tumor hatte wenig Adhäsionen.	Ein solider Tumor mit zahlreichen Flüssigkeit enthaltenden Hohlräumen. Die Flüssigkeit wird als serös und sanguinolent bezeichnet.
Fibröser Tumor complicirt mit Gravidität im 4. Monat. Tumor geht von der vorderen l. Seite des Uterus aus und hat einige Adhäsionen.	18. März 1880: Porro'sche Operation mit Schroeder'scher Stielbehandlung. Exitus letalis unter Fiebererscheinung. Keine Section. Todesursache nicht festgestellt.	Es handelte sich um einen fibrocystischen Tumor, und zwar waren zahlreiche Cysten vorhanden, die durch Erweichung entstanden angenommen werden. Die Erweichung war zu Stande gekommen, weil der Tumor durch den $5^1/_2$ cm. dicken Stiel nicht genügend ernährt wurde. Auch die diagnosticirte Frucht fand sich vor.

Literatur	Bericht über die Krankengeschichte und den Untersuchungsbefund
22. Schwarz, Archiv für Gynäkologie XVII. 1881.	Eine 49jähr. Frau, die in steriler Ehe lebte, im Allgemeinen, mit Ausnahme der letzten Jahre, regelmässig menstruirt, wurde seit $1^1/_2$ Jahren durch einen Tumor, hart und von rundlicher Gestalt, der mählich wuchs, sich über den Nabel und in die l. Seite ausbreitete, beunruhigt. In den letzten Monaten wuchs jedoch derselbe schnell und führte zu erheblichen Beschwerden. Nach der Palpation handelt es sich um einen theils cystischen, theils festeren Tumor ohne freie Flüssigkeit in der Bauchhöhle. Uterus wird als stark vergrössert notirt, leicht zu sondiren. Im hinteren Scheidengewölbe ist ein elastisches Segment des Tumors zu erreichen. Ovarien sind nicht zu fühlen; keine Probepunktion.
23. E. Fränkel und Carl Schuchard, Archiv für Gynäkologie XIX. 1882.	Bei einer 38jähr. Virgo, die mit 15 Jahren menstruirt, stets an Dysmenorrhoen und Menorrhagien litt, konstatirten verschiedene Aerzte einen Tumor, der bald für ein Fibroid, bald für einen Ovarientumor gehalten wurde. Schon seit 1870 war Patientin auf den Tumor aufmerksam geworden. 1879 wurde in dem stark ausgedehnten Leib (138 cm.) ein prall elastischer Tumor von unregelmässiger Kontur, der sich in zwei Segmente theilte, konstatirt. Der rechte grösste reichte bis zum Rippenrand, der linke kleinere steht etwas niedriger, gibt undeutliches Fluctuations-Gefühl, und es erscheint seine Wand auf der Höhe etwas verdünnt (Heer'sches Symptom). Der Tumor ist sehr wenig beweglich, nicht dislocirbar. Durch Exploration per vaginam und per rectum wurde eine vergrösserte Portio, vergrösserter Uterus (Sonde 12 cm.), offener Muttermund, und das Abgehen des Tumor von der hintern Wand festgestellt. Die Sonde folgte den Bewegungen des Tumors. Nach schliesslicher combinirter Untersuchung, nachdem der Ascites abgelassen war, wurde die Diagnose sicher gestellt. Probepunktion wurde wegen ihrer Gefahren perhorrescirt.

Diagnose	Operation und Befund bei derselben	Cysteninhalt und pathologisch-anatom. Beschreibung
Cystoma ovarii alterius proliferum mit einer Haupt- und zahlreichen kleinen Nebencysten, dicker Wandung und zähflüssigem Inhalt.	Nach der Laparatomie wurde erkannt, dass man es mit einem gestielten Cystofibrom des Uterus zu thun hatte. Abtragung des Tumors am Stiel, extraperitoneale Stielbehandlung wegen sehr starker Blutung des Stumpfes trotz zahlreicher Näthe. Genesung innerhalb 8 Wochen. Adhäsionen mässig, von Ovarien und Annexen des Uterus nichts zu sehen.	Grosse Mengen trüber rothbrauner Flüssigkeit, massenhaft voluminöse, zum Theil frische, zum Theil alte entfärbte Gerinnsel. Der Tumor wog 45 Pfund, wovon der flüssige Theil 29½ Pfund. Mikroskopisch erwies sich der Tumor als Fibromyom mit sogen. Erweichungscyste und zahlreichen ectatischen Lymphgefässen. Von Endothel und Epithel war nichts nachzuweisen. In dem gefässreichen Gewebe des Myoms zahlreiche Thromben jüngeren und älteren Datums.
Cystofibroma uteri.	Von einer Operation wurde Abstand genommen, weil man die Prognose für diesen Fall zu ungünstig stellen zu müssen glaubte. Pat. ertrug ihren qualvollen Zustand noch 2¼ Jahr, während welcher Zeit noch 5mal der Ascites punktirt wurde und ging 30. Juni 1881 marantisch zu Grunde.	Der von der hintern Wand des Uterus ausgehende Tumor hatte äusserst feste Adhäsion mit der vordern Bauchwand, Magen und Dickdarm, so dass die Entwicklung enorm schwierig war. Ein Durchschnitt durch die Geschwulst ergibt im ob. Theil ausgedehnte Höhlenbildungen, die eine Menge Blut, theils flüssig, theils geronnen enthalten. In der soliden Geschwulstmasse sind zahlreiche thrambosirte Blutgefässe. Mikroskopisch ergab die Hauptmasse der Geschwulst ein Fibromyom; das zum Theil einen ächt cavernösen Bau zeigt. Zum Theil lassen sich die mit Blut gefüllten Hohlräume nicht mehr als ausgedehnte Blutgefässe erkennen. Schuchardt glaubt, es habe sich ursprünglich um ein telangiectetisches Myom gehandelt, in welchem die cavernösen Theile durch Ernährungsstörung der Erweichung und dem Zerfall anheimgefallen seien.

Literatur	Bericht über die Krankengeschichte und den Untersuchungsbefund.
24. Eddowes Arthur, Lancet, 1881, 6. Febr. pag. 212.	Eine Patientin von 47 Jahren, die gleichmässig menstruirt war und ein Kind geboren hat, wurde zuerst April 1877 wegen Hydrops und Menorrhagien mit Erfolg behandelt. Nach einem Jahre, innerhalb welcher Zeit sich das Abdomen r. stark vergrösserte, wurde bei der heruntergekommenen Patientin folgender Befund aufgenommen: In dem stark aufgetriebenen Abdomen (38 Zoll) bewegt sich mit In- und Expiration ein Tumor, der um den Nabel herum eine deutliche Fluctuation im Umkreis von 10 Zoll erkennen lässt. Abdomen war unempfindlich, ausgenommen rechte Lendengegend. Der Uterus war antiflektirt, mass $2^1/_2$ Zoll mit der Sonde. Per rectum fühlte man einen Tumor, der an der einen Stelle fluctuirte, an der andern Stelle solid erschien.
25. Déan, Bost. med. and. surg. Journal XCVIII.4 pag. 100. Januar.	Bei einer 42jähr. Patientin, die seit 1868 an uterinen Beschwerden litt, wurde 1877 April durch sehr genaue Exploration und Probepunktion die bestimmte Diagnose auf fibro-cystischen Tumor des uterus gestellt, und wurden darauf grosse Gaben Ergotin gereicht. Es trat allgemeine Metritis und Peritonitis auf, verbunden mit Menorrhagien, Delirien und Fieber; die bedrohlichen Erscheinungen hielten zwei Wochen an, so dass man exitus letalis erwartete. Es trat aber Besserung ein, wobei gleichzeitig vom Uterus aus gewaltige Mengen Blut und Cruormassen entleert wurden, so dass die ganze Geschwulstmasse verschwand. Patientin wurde so hergestellt, dass im Oktober die menses, die seit April cessirten, wieder eintraten, und sich dieselbe vollkommen wohl fühlte.

Diagnose	Operation und Befund bei derselben	Cysteninhalt und pathologisch-anatom. Beschreibung
Ovariencyste mit grosser Hauptcyste und kleineren Nebencysten mit gelatinirtem flüssigem Inhalt. „This case is interesting the difficulty of diagnosing an ovariancyst from a fibroyd“ bemerkt der Autor.	Laparatomie z. Zwecke der Ovariotomie. Man fand eine Cyste von blauer Farbe, die frei von Adhäsionen war, mit Ausnahme an ihrer Basis, wo sie mit einem enormen halbflüssigen, halbfesten Tumor zusammenhing, der den tiefen Theil des Beckens einnahm und hier fest adhärend war. Es wurde die Cyste nach Unterbindung an ihrer Basis abgeschnitten und die Wunde extraperitoneal versorgt. Tod nach 3 Stunden.	Aus der Hauptcyste ein Gallon grüner Flüssigkeit, aus der 2. Cyste ebenfalls, aus einer dritten blutige Flüssigkeit. Die solide Masse wog 12 Pfund, stand mit dem hintern Theil des fundus uteri in innigem Zusammenhang; die solide Masse enthielt wieder kleinere Cysten. Ovarien normal.
Cystofibroma uteri.	Keine.	

Den zusammengestellten 25 Fällen habe ich noch einige anzureihen, deren Literatur mir leider nicht zugänglich war:

26. Spencer Wells, Excision of a fibrocystic uterine tumour. Br. med. Journ. Dezember 14. 1878.

27. Noeggerath, Amerikanisch Journal of the uterus, Juli 1878.

28. Thomas, T. G.: Probable fibrocystic tumour of the uterus complitadet with pregnancy.

Philad. med. and surg. Journ. Report. 1879. 17. V.

29. Chambers Obst. Trans. XX 1879 (Operation, Tod nach 6 Stunden).

30. Fibromyoma polypsosum cysticum uteri, 1880, Hygiea XLII, Svenka lakaresällsk. förhandl. S. 42. 43.

31. Maury, New-York med. Journ. XXXI, 4. 1880.

32. M. D. Mann: Americ. Journ. of obstetr. VI. 41. 1874.

33. T. Galland, maladies des femmes, Paris 1879.

34. Gusserow, „Die Neubildungen des uterus, 1878, pag. 105“ erwähnt eine Beobachtung von Spiegelberg. „Hier handelte es sich um eine grosse Geschwulst des Abdomens, die alle Eigenschaften eines multiloculären Ovarial-Tumors darbot. Da aber bei der Probepunktion 800 gr. einer blutig-serösen Flüssigkeit mit spontaner Gerinnung erhalten wurde, wurde die Diagnose auf Ovarial-Tumor ausgeschlossen. Die Kranke ging plötzlich an sub acut verlaufender Peritonitis mit Septicaemie zu Grunde, wie sich herausstellte, in Folge von Verjauchung der Geschwulst. Diese Verjauchung war Folge zweimaligen Sondirens des Uterus Seitens eines Assistenten, wobei derselbe jedesmal 17 cm. weit die Sonde eingeführt hatte, wie sich bei der Section herausstellte durch Durchbohrung der Uteruswand und Eindringen der Sonde in die Geschwulstmasse.

Betrachten wir jetzt, nachdem wir über genügendes casuistisches Material zu verfügen haben, zunächst etwas näher die pathologische Anatomie.

Die Cystomyome können zu sehr grossen, ja zu den kolossalsten Tumoren, welche überhaupt beschrieben werden, sich ent-

wickeln. So erwähnt O. Heer (Inaugural-Dissertation, Zürich 1874) solche von 29, 40 und 81 Pfund, bei dem Falle Rein wurden allein 25 Pfund Flüssigkeit aufgefangen; Krassowsky entleerte 35 Pfund Cysteninhalt; Schwarz entfernte einen Tumor von 45 Pfund. Die Ausdehnung wird, wie aus den einzelnen Krankengeschichten hervorgeht, oft so kolossal, dass sie die Vergrösserung des Leibes am Ende der Schwangerschaft bedeutend übersteigt, ohne dass gerade viel Ascites-Flüssigkeit vorhanden wäre.

Diese Uterus - Geschwülste nehmen in den meisten Fällen ihren Ausgang von den äusseren Schichten der Uterus-Muskulatur und sitzen den verschiedenen Theilen der Gebärmutter mit verschieden breitem Stiel auf. Auch wenn sie sich interstitiell entwickeln, wachsen sie doch in die Bauchhöhle hinein; nur wenige Fälle sind beschrieben, wo sich die Geschwülste unter Erweiterung der Uterus-Höhle intrauterin entwickelten. Heer führt zwei derartige Fälle unter siebzig an. Unter den von mir citirten Fällen findet sich kein intrauterines Cystomyom verzeichnet.

Dagegen wird ein Fall erwähnt, der als „fibroma polyposum uteri cysticum“ bezeichnet wird. Auch Heer thut eines einzigen solchen Falles Erwähnung.

Gewöhnlich stellen sich die Cystomyome derartig dar, dass von einer der Wände und Kanten des Uterus breitstielig sich eine solide Geschwulstmasse entwickelt, worin dann mehrere theils grössere, theils kleinere, verschieden gestaltete, mit Flüssigkeit gefüllte Hohlräume sich vorfinden, die durch solides Gewebe von einander getrennt sind; oder wir haben einen oder mehrere grosse Hohlräume, deren Basis eine vom Uterus sich entwickelnde Geschwulstmasse bildet; das erste — eine solide Geschwulstmasse als Basis, worin sich eine gewaltige Cyste schliesst — ist bei dem Frommel'schen Falle ausgeprägt.

Was den Sitz der Tumoren im Verhältniss zur Uteruswand anlangt, so gibt Heer folgende Uebersicht:

Fundus rechts und links	19 mal.
Hintere Wand	12 „
Vordere Wand	4 „

Rechte Seite	3 mal.
Linke Seite	3 „
Corpus uteri	5 „
Interstitielle	5 „
Intrauterine	2 „
Frei in der Bauchhöhle	1 „
Mehrere doppelseit. Tumor.	2 „
Uterus ohne weit. Angabe	6 „
Keine Angaben	8 „

Sowohl aus dieser Zusammenstellung, als aus den von mir referirten Krankengeschichten ergiebt sich, dass die Tumoren in den meisten Fällen von der hintern Wand und vom fundus uteri entspringen, und mehr von der linken Kante als von der rechten.

Die Form der Verbindung mit dem uterus ist meist derartig, dass die Uterus-Substanz ohne eigentlichen Stiel in die Geschwulstmasse übergeht; wenigstens war das fast in allen von mir citirten Fällen aus der Beschreibung und der Art der Operation nicht anders zu entnehmen.

Schwarz operirte ein gestieltes Cystomyom; bei dem Fall Duguet war der Stiel 5—6 cm. dick; Heer hat 12mal gestielte subperitoneale Fibrocysten gefunden.

Die Cystomyome, in die Bauchhöhle hineinwachsend, drängen sich nach abwärts, je nachdem sie an der vordern oder hintern Wand sitzen, entweder zwischen Mastdarm und uterus in den Douglas hinein oder in die Excavatio vesico-uterina; die von den seitlichen Wänden des uterus entspringenden Tumoren wachsen häufig zwischen die Blätter der ligamenta lata weiter. Indem sich so die Tumoren unter Verdrängung der Nachbarorgane weiter ausbreiten, gehen sie mit den Organen, mit welchen sie in Berührung kommen, zahlreiche zum Theil mit reichlichen Gefässen versehene Verwachsungen ein, und zwar viel mehr wie die Ovarial-Tumoren. Sowohl Heer als auch meine Fälle bestätigen das vielfach. Die Adhäsionen erstrecken sich auf das Netz, die vordere Bauchwand, den Dick- und Dünndarm, die Beckenwände,

Vagina und Blase; selbst Leber und Milz können in Mitleidenschaft gezogen werden.

Der Inhalt der Cysten kann sehr verschiedener Art sein, bald von einfach seröser, dünner und durchsichtiger Beschaffenheit, bald, wie in den meisten Fällen von rothbrauner trüber Farbe mit mehr oder weniger Fibringerinnsel — sanguinolenter Natur —; in einzelnen Fällen fand sich in den Cysten Eiter, indem entweder spontan oder in Folge einer Punktion Entzündung der Cysten-Wand aufgetreten war; man vergleiche die Fälle Tomkins, Trenholme, Southam und Spiegelberg. Von grossem Interesse ist es, dass aus manchen Cysten sich ein gelblicher oder rothgelblicher Inhalt, der an der Luft spontane Gerinnung eingeht, entleert. Heer erwähnt diess unter 70 Fällen als 10mal vorkommend. Unter den von mir zusammengestellten Fällen trat 4mal spontane Gerinnung auf.

Mikroskopisch findet man rothe und weisse Blutkörperchen, feinkörnigen Detritus, fibrinöse Massen und in vereinzelten Fällen Cholesterin-Tafeln.

Die Pathogenese, die Art des Zustandekommens der Hohlräume in den Tumoren, welche klinisch unter der Benennung „Cystomyom“ zusammengefasst werden, ist schon wiederholt Gegenstand pathol.-anatom. Erklärung gewesen, ohne dass man zu einem endgiltigen Resultat gekommen wäre, obgleich die Anschauungen über den anatomischen Bau dieser Geschwülste im Laufe der Jahre mit der immer reicher werdenden Casuistik sich bedeutend erweitert haben.

Virchow trennte zuerst (Onkologie III. Bd. pag. 192 u. f.) die weichen Myome der Uterus-Wand von den eigentlichen cystischen Myomen. Zu der ersten Gruppe rechnete er das Myxo-Myom. Hierbei handelt es sich um Myome mit reichlichem Interstitial-Gewebe, welches reich an Flüssigkeit zunächst dem einfachen Oedem gleicht. Den Flüssigkeitsgehalt aber verdankt es den proliferirenden Vorgängen, sehr reichlichem und dehnbaren Bindegewebe, das später zerfällt und erweicht. Die Flüssigkeit enthält Mucin. Das Myxomyom ergibt, trotzdem zuweilen deutlich

das Gefühl der Fluktuation vorhanden ist, keine oder nur wenige Tropfen Flüssigkeit; haben sich aber durch Ausdehnung von Lymphgefässen oder durch apoplectische Ergüsse wirkliche Hohlräume gebildet, so kann die Punktion reichliche Mengen schleimiger Flüssigkeit ergeben. Diese Art von Tumoren dürfte, wie Gusserow und C. Schroeder annehmen, zu den Sarcomen gehören. Unter den übrigbleibenden mehr weniger veränderten Myomen trennen wir zunächst zwei Formen, nämlich das Myoma cavernosum oder telangiectodes und das Myoma lymphangiectodes. Bei dem ersten handelt es sich um einen Tumor, der von zahllosen mit Blut gefüllten Hohlräumen von Hanfkorn bis Erbsengrösse durchsetzt ist, die nichts anderes als kolossal erweiterte Blutgefässe sind.

Im Archiv für Heilkunde IV findet sich eine nähere Beschreibung von Leopold, ausserdem von Virchow „gesammelte Abhandlungen pag. 358.“ Ich habe das Myoma cavernosum nicht weiter berücksichtigt. Wenn auch Gusserow (l. c. pag. 109) der Ansicht ist, dass sich diese Geschwulstform klinisch noch nicht von den Cystomyomen trennen lasse, so wird sie doch meist gesondert und unter ihrer Benennung „Myoma cavernosum“ abgehandelt.

Auch Heer, Schroeder und Schuler haben in ihren Dissertationen diese Art von Tumoren nicht herangezogen. Wenn allerdings innerhalb eines Myoma cavernosum durch Erweichungsprozesse Hohlräume entstehen, machen sie ganz die Symptome eines Cystomyoms und lassen sich wohl klinisch von ihnen nicht mehr trennen.

Eine derartige Bewandtniss hat es mit dem „haematocystischen Tumor“ von Fränkel und Schuchardt, worauf ich verweise. Bei diesem Tumor nimmt Schuchardt an, dass es ursprünglich ein cavernöses Myom gewesen sei, in welchem zum grossen Theil die erweiterten Blutgefässe zu Grunde gegangen seien. Schuchardt resumirt am Schlusse seiner anatomischen Beschreibung (l. c. pag. 292) also:

Wir sind jetzt dem Verständniss der grossen Erweichungen und Blutungen, welche in der Geschwulst vor sich gegangen sind, um ein Bedeutendes näher gerückt, namentlich durch die Erkenntniss, dass es sich nicht um ein einfaches Fibromyom handelt, sondern um eine zum Theil ausgesprochene telangiectatische Geschwulst, in welcher jedoch die cavernösen Theile grösstentheils der Zerstörung anheimgefallen und nur an den Randpartien wohl erhalten sind. Es ist dieses also als ein Uebergang von Myoma cavernosum zu einem solchen mit Erweichungs-Cysten aufzufassen. Wir werden etwas Aehnliches bei dem Cystomyoma lymphangiectodes erfahren.

Wie es sich bei dem Myoma cavernosum um Erweiterung von Blutgefässen handelt, so ist das Myoma lymphangiectodes durch Ectasie der Lymphgefässe charakterisirt.

Nachdem Köberle zuerst die Ansicht aussprach, dass die Hohlräume in den Cystomyomen auf Ausdehnung von Lymphgefässen beruhen könnten, Ranvier und Malassez an den Wänden der Hohlräume ein „epithelium pavimenteux“ nachgewiesen hatten, waren es Leopold und Fehling, die in einem Fall (l. c. pag. 531) genau darlegten, dass die bewussten Hohlräume in einzelnen Fällen ihren Ursprung in ausgedehnten Lymphräumen haben. Angeregt durch die Arbeit Leopold's veröffentlicht dann auch Rein einen Fall (l. c. pag. 415 u. f.), den er nach dem mikroskopischen Befund als „Fibromyoma lymphangiectodes“ bezeichnen zu müssen glaubt. Zwischen dem derben, hauptsächlich aus glatten Muskelfasern bestehenden Geschwulstgewebe fanden sich Hohlräume von den allerkleinsten Dimensionen bis zu solchen, welche schon für das unbewaffnete Auge sichtbar waren. In denselben war keine eigene Membran sichtbar. Erst durch fortgesetzte mikroskopische Untersuchungen liess sich eine endothele Auskleidung nachweisen, und zwar gerade in den jungen und kleinsten Hohlräumen; in den grössern und grössten Cysten liess sich kein Endothel auffinden, dagegen ein Saum feinkörnigen fetten Detritus in ihrer nächsten Umgebung. Rein theilt noch eine Beobachtung von Heintze mit, wo eine nussgrosse Höhle

eines apfelgrossen submucösen Myoms eine Endothel-Schicht hatte.

Gleichzeitig macht Rein auf einen interessanten mikroskopischen Befunde aufmerksam

Zwischen den Hohlräumen fanden sich nämlich sehr dünne Zwischenwände, welche schon dem Zerreissen nahe waren. Im Innern derselben verliefen zuweilen verhältnissmässig grosse Blutgefässe, welchen unvermeidlich dasselbe Schicksal der Zerreissung bevorstand, „eine Erscheinung, welche uns die Anwesenheit von Blut in dem flüssigen Geschwulstinhalte theilweise erklärt."

Wir haben noch eine mögliche Art der Entstehung zu betrachten, nämlich die ödematöse Erweichung. Das Oedem der Myome wird von Cruveilhier (Traité d'anatomie pathol. générale. F. 3. pag. 680) als eine der wichtigsten und häufigsten Veränderungen in den Myomen geschildert. Die seröse Flüssigkeit, welche die weniger festen Gewebstheile trennt, bildet „géodes plus ou moins considérables, plus ou moins regulières, cavités sans parois proprement dites" und hat eine Erweichung „ramollissement" des Tumors zur Folge. Eine treffliche Schilderung dieser Art von Entstehung der Hohlräume in den Fibrocysten findet sich bei Gusserow (l. c. pag. 103 u. f.), worauf ich wohl verweisen darf. Von den von mir angeführten Fällen dürften hierher die Fälle Kocher, Spiegelberg und Wasseige zu zählen sein, welche zu vergleichen sind.

Die Frage, ob viele der als Cystomyome bezeichneten Tumoren ihre Entstehung der Lymphangiectasie oder mehr der ödematösen Erweichung verdanken, müssen wir der Zukunft überlassen. Ich wäre geneigt, alle die Tumoren, bei welchen die Punktion eine gelbliche, spontan gerinnende Flüssigkeit ergibt, den lymphangiectatischen anzureihen, weil ich mir nicht anders die Entstehung derartigen Inhaltes erklären kann. Ich glaube aber nicht, dass die spontane Gerinnung des Cysteninhaltes als ein unbedingt nothwendiges Attribut dieser Art von Tumoren anzusprechen ist; denn es ist sehr gut denkbar, dass der Cysteninhalt, ursprünglich Lymphe, in Folge des langen Bestandes einer

Geschwulst derartig verändert wird, dass er als Lymphe nicht mehr zu erkennen ist. Namentlich kann dieses geschehen durch Zerreissungen von Gefässen, wo dann an Stelle der Lymphe eine mehr weniger veränderte sanguinolente Flüssigkeit tritt. Es ist nicht unmöglich, dass in dieser Weise auch bei dem Frommel'schen Fall der Cysteninhalt verändert wurde. Es dürfte deshalb auch Leopold nicht Recht haben, wenn er l. c. aus der Beschaffenheit des Cysteninhalts immer auf die Pathogenese der Cysten schliessen will. Dass es Uebergänge zwischen verschiedenen Formen gibt, dürfte der Fall Rein beweisen für die lymphangiectatischen Cystofibrome, und der Fall Fehling-Schuchardt für die haematocystischen Myome. In den kleineren Hohlräumen bei Rein liess sich Endothel nachweisen, in den grössern nicht, weil hier durch weitere regressive Metamorphosen die Struktur der Lymphgefässe bereits zerstört worden war. Gusserow spricht den Fall Rein ebenfalls als solche mögliche Uebergangsform an, die vielleicht für die Zusammengehörigkeit der verschiedenen Formen nach ihrem Ursprung spreche.

Zur Aetiologie der Cystomyome führe ich nur das Alter an, in welchem dieselben aufgetreten sind.

Heer gibt dasselbe von 51 Fällen an:

Von 20—30 Jahr 8 mal
Von 30—40 „ 17 „
Von 40—50 „ 23 „
Von 50—53 „ 3 „

Von meinen Fällen habe ich folgende Zahlen mitzutheilen:

Von 20—30 Jahr 1 mal
Von 30—40 „ 10 „
Von 40—50 „ 10 „
Von 50—60 „ 2 „

Nicht angegeben ist das Alter von einem Fall.

Was die Symptomatologie anlangt, so bietet dieselbe für die Diagnose der Cystomyome wenig Charakteristisches dar. Nur eine häufig sich wiederholende Angabe der Patientinnen möchte ich hier besonders erwähnen und betonen: Fast in allen Kranken-

geschichten finden wir nämlich betont, dass der Tumor schon vor Jahren bemerkt wurde, entweder gar nicht, oder nur langsam gewachsen sei, dann aber plötzlich im Verlaufe von Wochen oder Monaten kolossale Dimensionen angenommen und damit zu gewaltigen Beschwerden geführt habe.

Was die Dauer der Erkrankung anlangt, so variirt sie nach Heer's Fällen zwischen mehreren Monaten und zehn Jahren; am häufigsten dauert die Krankheit zwei, drei sieben und zehn Jahre. In den vorstehenden Fällen schwankt die Dauer, innerhalb welcher die Tumoren die grösste Entwicklung erreichten, innerhalb ein und 15 Jahren, einer mit 12, drei mit neun Jahren, die übrigen brauchten ein bis vier Jahre.

Da die Tumoren sich meist von den äussern Muskelschichten entwickeln, sind Metrorrhagien sehr selten, wie diess Heer angiebt und ich nach dem gesammelten Material bestätigen muss. Die Menstruation wird meistens als normal bezeichnet; einigemale jedoch wurden, und das bei breitbasigen Fibrocysten, Menorrhagien beobachtet.

So lange die Geschwülste nicht bedeutende Dimensionen annehmen, sind in der Regel die Funktionen der Blase und des Mastdarms normal; nur bei dem Fall Schuler finden wir schon in einem früheren Stadium der Krankheit mehrfach Störungen in der Blasenfunktion verzeichnet.

Die Patientinnen denken erst dann in der Regel an ärztliche Hilfe, wenn die Geschwülste kolossale Dimensionen angenommen haben und damit alle die Beschwerden eintreten, welche grosse Tumoren, die sich im Abdomen entwickeln, überhaupt zu machen pflegen: das Gefühl von Spannung im Leibe, Herzklopfen, Dyspnoe, Circulations-Störungen, die sich in Oedemen und Ascites äussern, Urin- und Kothverhaltung. Damit verbindet sich schnelle Abmagerung und völlige Entkräftung; kurz, der Zustand der Kranken wird schliesslich so trostlos, dass sie sich bereitwilligst jeder therapeutischen Massnahme unterziehen und selbst zu operativen Eingriffen drängen. Dass ein derartiger qualvoller Zustand in einzelnen Fällen noch relativ lange ertragen

werden kann, beweist die vorstehende Mittheilung von Schuchardt und Fränkel.

Die Prognose ist im Allgemeinen, sobald die Tumoren anfangen rapid zu wachsen, in jeder Beziehung ungünstig zu stellen, wenn nicht durch eine Operation Hilfe gebracht werden kann. Nicht einmal die Beschwerden können wir in nennenswerther Weise mildern. Nur Déan berichtet (l. c.) von einer Heilung eines fibro-cystischen Tumors durch Gaben von Ergotin. Es ist mir kein Fall bekannt, wo das Heilverfahren Déan's Nachahmung gefunden hätte.

Gehen wir auf die Diagnose der Cystomyome etwas näher ein, so fällt uns bei Durchsicht der einzelnen Fälle sofort die grosse Zahl der Verwechslungen zwischen Ovarial-Tumoren und Cystomyomen auf, was uns sofort von der Schwierigkeit der zu stellenden Diagnose ein in die Augen springendes Bild entwirft. Unter 24 Fällen wurde die Diagnose auf Cystomyom 11mal richtig gestellt, irrthümlich auf Ovarial-Cystom 7mal, 2mal auf einfache Myome des Uterus; bei 2 Fällen blieb die Diagnose in suspenso; aus drei Krankengeschichten konnte ich die Diagnose nicht ermitteln.

Es dürfte nach diesen Zahlen Gusserow die Schwierigkeit der Diagnose zu sehr betonen, wenn er (l. c. pag. 111) sagt: „Die Diagnose dieser Geschwülste ist in den allerseltensten Fällen gelungen und in diesen war dieselbe mehr ein glücklicher Zufall, als eine auf sichere Verwerthung der Erscheinungen gegründete.“ In der That giebt es viele Fälle von Cystomyomen, die in ihrem Wachsthum, ihrem Sitz und ihrer Fluktuation, kurz in allen ihren Erscheinungen so auf ein Haar den Ovarialcysten gleichen, dass es nicht Wunder nehmen kann, wenn entweder überhaupt bei der Differentialdiagnose auf so verhältnissmässig seltene Tumoren, wie die Cystomyome sind, keine Rücksicht genommen wurde, oder man doch sich irrthümlich für Ovarial-Cystom entschloss. Es sind das besonders die Cystomyome, welche gestielt aufsitzen und bei welchen der Uterus mehr weniger gar nicht verändert ist. Diesen Cystomyomen, die allerdings für die Diagnose

unüberwindliche Schwierigkeiten darbieten, steht eine andere Art gegenüber, deren Erkenntniss unter genauer Berücksichtigung aller Symptome möglich ist.

Die subjektiven Symptome geben für die Diagnose der Cystofibroide nur wenig Anhaltspunkte, wie das schon vorher erörtert wurde. Fränkel (l. c. pag. 285 u. f.) will auf Dysmenarrhoen und Menorrhagien einiges Gewicht gelegt haben, namentlich soll es charakteristisch für Cystomyome sein, wenn im Anfange der Krankheit Menstruationsanomalien bestanden, diese aber mit dem Wachsthum des Tumors aufhörten. Derartige Symptome sind aber überhaupt nur bei den wenigsten Fällen verzeichnet. Wenn die subjektiven Symptome auch in einzelnen Fällen uns darauf aufmerksam machen, dass es sich jedenfalls um Tumoren handelt, die in naher Beziehung zum Uterus stehen, so ist doch das Hauptgewicht auf die objektive mit allen Hilfsmitteln methodisch durchgeführte Untersuchung zu legen. Durch die vaginale Untersuchung sind zuweilen bedeutende Veränderungen am Uterus nachzuweisen; die Sonde gibt Aufschluss über eventuelle Vergrösserung der Gebärmutterhöhle und über die Theilnahme des Uterus an den Bewegungen des Tumors. Durch die combinirte vaginale und rectale Untersuchung lässt sich, worauf natürlich das meiste Gewicht zu legen ist, der Zusammenhang des Tumors mit dem Uterus feststellen. Es gibt aber auch Fälle, wo die combinirte Untersuchung wegen Grösse des Tumors zu den Unmöglichkeiten gehört. So lag die Sache bei dem Frommel'schen Fall und musste daran die Stellung einer bestimmten, richtigen Diagnose nothwendiger Weise scheitern. Aber selbst, wenn der enge Zusammenhang des Tumors mit dem Uterus nachgewiesen wurde, sind noch Ovarial-Cystome auszuschliessen, die eng mit dem Uterus verwachsen, ganz ähnliche Erscheinungen wie die Cystofibroide machen. Péan und Urdy betonen da die besondere Härte, andere die meist glatte Gestalt ohne Knotenbildung bei den Cystomyomen. Beatty will diese mehr fleischig fühlen, weniger prall als Ovarien-Tumoren. O. Heer (l. c. pag. 83) macht aufmerksam auf die zunehmende Verdünnung der Wand

gegen die Geschwulsthöhe hin und die dort nicht selten auftretende nabelartige Verdünnung. Dass mit derartigen unsicheren Palpations-Resultaten nicht viel zu erreichen, ist selbstverständlich. Das Heer'sche Symptom finde ich einmal bei dem Falle Fränkel-Schuchardt betont.

Es bleibt uns noch ein sehr wichtiges diagnostisches Mittel zu erörtern übrig, nämlich die Probepunktion. Bei den Ovarial-Cystomen findet sich ein zähflüssiger Inhalt von schmutzig gelbgrüner oder braunrother Farbe; mitunter finden sich Beimischungen von Blut. Dagegen ist der Inhalt der Cysten der Cystomyome entweder serös, sanguinolent oder gelblich lymphatisch und spontan coagulirend, aber nie zähe, wie der Inhalt der Ovarial-Cystome. Atlee hat das für lymphangoectatische Cystofibrome charakteristische Gerinnungsphänomen zuerst betont und mit Hilfe der Probepunktion mehrmals die Diagnose richtig gestellt.

Aber die Probepunktion hat sich, trotzdem Spiegelberg (Archiv für Gynaekologie VI pag. 380) warm für dieselbe eingetreten ist, nicht recht bei diesen Tumoren eingebürgert. Das hat seinen Grund in der Gefährlichkeit des Eingriffes. Leopold und Fehling erwähnen, dass unter 11 Fällen, wo die Probepunktion gemacht wurde, zehnmal der Tod eintrat in Folge des Eingriffes.

Auch unter den von mir referirten Fällen befinden sich mehrere, wo die Probepunktion von einem unglücklichen Ausgang begleitet war. Die Gefährlichkeit der Probepunktion bei diesen Tumoren lässt sich wohl nicht bestreiten, weshalb sich auch sehr gewichtige Autoren unbedingt gegen dieselbe aussprechen; so Schroeder (Handbuch der Krankheiten der weiblichen Geschlechtsorgane pag. 234), auch Gusserow (l. c. pag. 112). Ohnehin wird der diagnostische Werth der Probepunktion von Spiegelberg viel zu hoch angeschlagen, indem sich die besondere charakteristische Erscheinung der spontanen Gerinnung nur in wenigen Fällen findet. Gusserow schliesst sich dem Rathe Guire's an, der die Probeincision des Abdomens und die so ermöglichte Inspection der Geschwulst das am wenigsten gefährliche Verfahren

schildert. Hieran kann sich gegebenen Falls gleich die Extirpation der Geschwulst anschliessen. Die Differential-Diagnose von allen übrigen geschwulstartigen Bildungen im Abdomen, womit die Cystomyome noch verwechselt sind oder verwechselt werden können, zu erörtern, dürfte über den engen Rahmen einer Dissertation hinausgehen. Ich betone nochmals, dass die Cystomyome in so prägnanter Weise Ovarial-Cystome vortäuschen können, dass Irrthümer nicht ganz vermieden werden können.

Was die Therapie anlangt, so ist bei den Cystomyomen noch viel mehr, als bei den gewöhnlichen Fibromyomen des Uterus nur von einem operativen Eingriff — Laparatomie mit Exstirpation des Tumors — Heilung zu erwarten.

In der That geht aus den vorliegenden Fällen hervor, dass, wenn die Cystomyome einmal an Ausdehnung gewinnen, alle Patientinnen, welche einer Operation nicht unterworfen wurden, in relativ kurzer Zeit zu Grunde gehen, so dass gewissermassen eine indicatio vitalis zu dieser Operation besteht. Die Gefahren werden wesentlich bedingt durch das rapide Wachsthum der Geschwülste, ihre Neigung zur Verjauchung, in einigen Fällen durch Thrombose der Schenkelvene, oder der Geschwulstgefässe selbst mit nachfolgenden Embolien. Ich erinnere in letzterer Beziehung an die mitgetheilten Fälle von Duguet.

Ueber die Prognose und Berechtigung der Laparatomie und Exstirpation des Tumor geben vielleicht folgende Zahlen einigen Aufschluss: Gusserow theilt 41 Laparatomien mit, darunter 22 mit glücklichem Ausgang, also in 53,6 %. Ich habe 14 Operationen zu verzeichnen, worunter 4 letal endeten, aber 10 glücklich verliefen. Es waren meist amputationes uteri supravaginales mit extraperitonealer Stielbehandlung. Bei der grossen Exaktheit, womit jetzt die antiseptische Wundbehandlung bei den Laparatomieen durchgeführt wird und bei der immer mehr an Vervollkommnung gewinnenden Operationstechnik dürfte sich die Prognose fortschreitend günstiger gestalten.

Literatur: Ausser den bei der Zusammenstellung der Fälle angeführten Journalen und Archiven wurden folgende Werke berücksichtigt:

O. Schröder: Ueber die Cystofibroide des Uterus, Inaugur.-Dissert. Strassburg 1873.

O. Heer: Ueber Fibrocysten des Uterus, Inaug.-Dissert. Zürich 1874.

Schuler: Ein Beitrag zu den Fibrocysten des Uterus, Tübingen 1878.

Spencer Wells: Krankheiten der Eierstöcke, übersetzt von Grenser. Leipzig 1874.

Gusserow: Neubildungen des Uterus. Stuttgart 1878.

Virchow: Onkologie. Bd. III.

Rokitanzky: Lehrbuch d. path. Anatomie. Bd. III.

Schröder: Handb. d. Krankheiten d. weibl. Geschlechtsorgane. Leipzig 1881.

Klob: Pathol. Anatomie der weiblichen Sexual-Organe.

Schuh: Ueber d. Erkenntniss d. Pseudoplasmen. Wien 1851.

Es erübrigt mir noch, Herrn Professor Dr. Bollinger für die Uebernahme des Präsidiums und die Unterstützung bei der pathologisch-anatomischen Untersuchung meinen innigsten Dank auszusprechen.